ITEM 001 : RELATION MÉDECIN-MALADE

RELATION MÉDECIN-MALADE

- Rencontre entre soignant(s) et personne soignée/rencontre de **représentations** autour d'une même maladie.
- Relation interpersonnelle, mélange d'aide, de pédagogie et d'autorité, en proportions variables.
- Relation **déséquilibrée et asymétrique**, avec position de domination potentielle médicale entre un patient souffrant et un médecin capable de soulager cette souffrance, **risque d'abus de faiblesse** de la part du médecin.
- Objectifs différents selon le problème rencontré :
  - Problème de santé aigu => guérison et retour à l'état antérieur.
  - Maladie chronique => mise en place d'un nouvel équilibre.
- Relation clé dans la démarche **diagnostique** et **thérapeutique**, notamment pour le suivi des maladies chroniques (amélioration, stabilisation des paramètres biocliniques).

MODELES

- **Modèle paternaliste** ou **actif/passif** = confiance totale du patient en son médecin, qui détient le savoir et prend les décisions en respectant le principe de bienfaisance : modèle européen, ou de certaines spécialités (réanimation, psychiatrie, etc.), modèle ancien prédominant.
- **Modèle interprétatif** = le soignant prend les décisions sur la base des valeurs et préférences du patient.
- **Modèle informatif** = le malade prend les décisions seul après information du soignant.
- **Modèle délibératif, consensuel**, **coopératif** et **participatif** = le patient accepte les soins et une coopération (consensuelle : fractures à plâtrer, etc.), ou doit être convaincu (coopérative : examen gynécologique, soins dentaires), et est acteur de la rémission ou de la guérison (participative : compromis réciproque, responsable et acceptable) ➙ patient **partenaire du soin, acteur de sa santé ➙ alliance thérapeutique.**

On est donc passé d'une approche paternaliste/biomédicale ➙ à une **approche globale bio-médico-psychosociale** centrée sur le patient et non sa/ses maladie(s).

DETERMINANTS

- Acte médical = convergence de **3 finalités** (patient, médecin et société).
- Relation **dynamique** en perpétuel mouvement, mobilisant plusieurs dimensions :
  - **Éthique :** respect, dignité, liberté du patient, etc. Rôle du Code de déontologie médicale.
  - **Sociale :** langue, culture, religion, niveau d'éducation, déficits sensoriels, etc.
  - **Psychologique :** perspectives du patient et du médecin au moment de la consultation, évènement de vie, etc. Sorte de « soumission » du patient au soignant.

LEGISLATION

Code de déontologie médicale

- Information loyale, claire et appropriée sur l'état, les investigations et les soins proposés au patient.
- Si le patient en a émis le souhait, ou dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes appréciées en conscience par le médecin, il est possible de tenir un malade dans l'ignorance d'un diagnostic ou pronostic grave, sauf si l'affection expose un tiers à un risque de contamination.
- Un pronostic fatal doit être révélé avec circonspection, proches prévenus sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.
- Le consentement de la personne doit être recherché dans tous les cas.
- Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou traitements proposés, le médecin doit respecter ce refus, après avoir informé le malade de ses conséquences (sans obligation pour le médecin de tout mettre en œuvre pour convaincre le patient).

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades

- **Information claire, loyale et appropriée**, conforme aux dernières avancées ➙**preuve à la charge du médecin** en cas de litige.
- **Accès au dossier médical.**
- Aucun acte médical ou traitement ne peut être pratiqué sans le **consentement libre et éclairé** de la personne, et le consentement peut être retiré à tout moment ➙ seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.
- Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance ou la famille, à défaut un proche, n'ait été consulté.
- En chirurgie esthétique : réalisation d'un devis, avec obligation d'une évaluation psychologique par le chirurgien, et respect d'un délai de réflexion.

CONCEPT

Approche centrée sur le patient (ACP)

- Relation de partenariat, **complémentarité** entre **expertise des professionnels** (démarche biomédicale, raisonnement clinique, diagnostic et thérapeutique) et **expériences/représentations des patients.**
- **S'éloigner du modèle paternaliste.**
- **3 points de vue** d'un pb de santé : diagnostic médical (*disease*), vécu subjectif (*illness*), phénomène social (*sickness*) : associe l'expérience médicale et celle du patient.
- Processus **constructif** de **collaboration.**
- **Personnalisation** et **continuité** des soins + développement de **compétences.**

/!\Attention : différent de la **médecine personnalisée** ou **« médecine de précision ».**

- 4 dimensions :
  - Explorer la maladie et **l'expérience** qu'elle fait vivre au patient.
  - Comprendre la personne dans sa **globalité bio-médico-psychosociale** et son contexte.
  - Élaborer un **partenariat** (compréhension du problème, solutions) pour aboutir à une **décision partagée.**
  - Développer une **alliance thérapeutique** avec le patient, et identifier les **traitements acceptables permettant d'atteindre les objectifs fixés** avec le patient en prenant en compte la balance bénéfice-risque.

ENTRETIEN MÉDICAL ET COMMUNICATION

- Temps essentiel de la relation médecin-malade.
- Doit être **consciencieux, pertinent, attentif** => recueil d'informations importantes + relation de confiance.

MODELE DE CALGARY-CAMBRIDGE

- **Structuration de l'entrevue médicale.**
- **Construction de la relation médecin-malade** : comportement non-verbal, relation chaleureuse et harmonieuse, association du patient à la démarche.
- 5 séquences successives, avec mobilisation des **codes de la communication** :
  - **Débuter l'entrevue :** préparer la rencontre, établir le 1er contact, identifier le motif de consultation.
  - **Recueillir l'information :** déterminer la perspective biomédicale, celle du patient et les infos de base.
  - **Faire l'examen physique.**
  - **Expliquer et planifier :** fournir les infos adéquates, aider le patient à retenir et comprendre les infos, compréhension partagée, prise de **décision partagée.**
  - **Terminer l'entrevue**, et planifier les prochaines étapes.
- Environnement calme, confidentialité assurée.
- Médecin **parle fort et articule ; tenue adaptée** aux circonstances + tenir compte du **langage non-verbal.**
- Rôle du médecin : faire la traduction biomédicale du problème de santé + comprendre les perspectives du patient.
- Plan d'entretien = utile, mais rester flexible sur le déroulé ; du général au spécifique, du banal à l'intime.

COMMUNICATION

- Communication médicale = ensemble de **compétences, d'aptitudes et de techniques apprentissage,** et pas que des dispositions individuelles.
- Importance de la **communication verbale et non verbale** (lieu, temporalité…)
- Elle progresse **avec l'expérience.**
- Avec le patient et son entourage, dans une **approche globale** et non réductrice de la relation médecin-malade, pour créer les conditions d'une relation satisfaisante, conduite **au regard de la perspective médicale et de celle du patient.**
- Prise d'information par **des questions** au patient : **ouvertes** (= réponse élaborée) et/ou **fermées** (= nb limité de réponses possibles), **respect des silences.**
- À chaque séquence d'entretien, **laisser le patient s'exprimer** avec : 1/des questions ouvertes, puis 2/des questions fermées.
- Clôture de l'entretien par des questions fermées.
- En cas de doute = **reformulation.**
- Après les explications du patient = **récapitulation** pour s'assurer de sa bonne compréhension + montrer son écoute.
- **Écoute** : 1er temps de l'entretien.
- **Empathie** = capacité à comprendre les sentiments et émotions d'une autre personne (≠ sympathie : capacité à ressentir la même chose qu'autrui), sans jugement. Traduction à travers le langage non-verbal et verbal. Renfort de l'alliance avec le patient, qui se sent écouté, compris, aidé.
- **Confiance.**
- Adaptée au **type de relation** (paternaliste/autonomiste) et au **niveau** (préventif, curatif, soutien, fin de vie).
- **Bienfaisance** du médecin, **respect de la dignité** et **non-discrimination.**
- **Globale** = prise en compte du patient dans sa globalité.
- **Rôle éducatif** : transmission du savoir.
- **Secret médical.**
- **Consentement éclairé** = après information claire, loyale et appropriée.
- **Décision thérapeutique personnalisée** : selon les attentes du malade, ses capacités et son histoire globale.

➔ **6 principes directeurs** : explorer l'expérience de la maladie vécue par le patient, comprendre la globalité du patient, élaborer un champ conceptuel partagé (partenariat), viser la promotion de la santé, optimiser la relation médecin-patient, gérer les contraintes de façon réaliste.

Position du médecin

- Doit tenir compte à la fois de sa **théorie savante** (propres représentations concernant la maladie) et sa **théorie profane** (représentations et valeurs du patient) au cours des entretiens avec le patient et l'entourage familial.
- **Techniques d'entretien** (processus d'engagement avec le patient) :
- **Processus d'empathie** : valider les émotions et représentations du patient ➔ **reformulation**, empathie du médecin. - Processus en 5 étapes :
  - Expression d'une pensée (représentation) ou émotion par le patient.
  - Reconnaissance par le médecin : compréhension des représentations et de la vision du patient.
  - Expression de cette reconnaissance par le médecin.
  - Réception de la reconnaissance par le patient.
  - Réaction en retour par le patient.
- **Dépister la résistance** (changement de mode de vie, etc.) : **induire un sentiment de sécurité** en explorant avec le patient ses représentations et ses valeurs sans jugement.
- **Entretien motivationnel** (cf. infra).

Position du patient

Maladie = rupture d'équilibre dans un ensemble biologique, psychologique, social. La prise en charge doit redonner au patient l'ensemble des ressources nécessaires pour réaliser ses aspirations et satisfaire ses besoins, en tenant compte :

- **De ses représentations** (représentation de la maladie différente de celle du médecin) **ou perspectives (théorie profane)**, qui déterminent **ses préférences et comportements de santé :** causes, sens de la maladie, dépend de la culture, du milieu social, de la personnalité, de l'histoire personnelle : conceptions spirituelles, culturelles, état de santé ressenti, attitude et relation avec les personnels soignants, obligations concurrentes, problèmes de santé.
- **De ses ressources/processus de transaction face à la maladie,** c'est-à-dire des **moyens à disposition** pour faire face à la maladie : efforts cognitifs, émotionnels et comportements pour s'ajuster aux situations de stress, ressources financières, accès aux soins, logement, moyens de déplacement, langue parlée, soutien socio-familial…
  - **Évaluation** : primaire (stress perçu par le sujet), secondaire (contrôle perçu et soutien social perçu). Influencé par des facteurs bio-psycho-sociaux et la théorie profane du patient.
  - **Stratégies d'ajustement au stress = *« coping »*** : si le patient pense pouvoir changer sa situation, il adopte des stratégies centrées sur le problème, sinon centrées sur l'émotion (tendant à se modifier lui-même pour supporter la situation).

PROCESSUS DE CHANGEMENT

- Souvent, nécessité pour le patient d'adopter des **nouvelles habitudes et comportements** pour **améliorer sa santé** : changer des anciennes habitudes ou développer des nouveaux comportements (alimentation, observance, toxiques, activité physique…)
- **Ambivalence** entre **bénéfice attendu** et **contrainte nécessaire**, risque d'opposition entre médecin et patient.

ENTRETIEN MOTIVATIONNEL	- **Méthode de communication** pour **renforcer la motivation propre** d'une personne et son engagement **vers le changement**, centrée sur la personne à aider. - Éviter une dynamique contre-productive d'opposition médecin-patient. - Exploration conjointe **et collaborative** des avantages/inconvénients du comportement problème et du comportement de santé alternatif ; ne pas essayer de le convaincre. - Mobilise une forme particulière **d'écoute active et empathique**. - Exploration **empathique et sans jugement,** permet au patient de développer une **motivation intrinsèque.** Libre mise en œuvre du comportement par le patient ➞ rôle du médecin de renforcer le **sentiment d'efficacité personnelle.** - Outil **au service de l'éducation** du patient, pour faciliter les apprentissages. - Principes de l'entretien motivationnel « VICTOIRE » : • **Valoriser** : valoriser toute action, même mineure, en faveur du changement, afin de favoriser le sentiment d'efficacité personnelle. • **Intéresser** : susciter l'intérêt du patient sur la question du changement ou sur son ambivalence, afin de l'amener à s'interroger sur son comportement problème. • **Comprendre** : montrer qu'on cherche à comprendre le patient (démarche empathique). • **Tolérer** : tolérer les résistances face au changement, avec un jugement positif inconditionnel, voire en légitimant certains arguments du patient contre le changement, et en tout cas en le laissant exprimer ses arguments. • **Ouvrir** : favoriser les questions ouvertes, permettant au patient de ne pas répondre par oui ou non, mais de répondre de manière personnelle et nuancée, en allant du plus général au plus spécifique. • **Insister** : insister sur l'ambivalence du patient, c'est-a-dire son positionnement entre des motivations contraires, sans avoir peur de renforcer des motifs de résistance au changement en les explorant, et surtout ne pas prendre parti en argumentant contre les représentations du patient (ce qui pourrait avoir un effet négatif renforçant la résistance). • **Reformuler** : reprendre le discours du patient (démarche empathique). • **Écouter** : se laisser informer par le patient sur ses propres représentations (démarche empathique).
MODELE DU CHANGEMENT	Selon **Prochaska et DiClemente** (6 stades) : 1/**Pré-contemplation** : l'individu n'a pas encore envisagé de changer son comportement, qui présente suivant son point de vue moins d'inconvénients que d'avantages. 2/**Contemplation** : le patient pense que les inconvénients sont aussi importants que les avantages. 3/ **Détermination** : le patient pense que les inconvénients sont plus importants que les avantages et envisage la nécessité du changement. 4/**Action** : le patient est activement engagé dans le changement, il pense qu'il peut avoir une efficacité personnelle dans le changement, il met en place librement un changement de comportement. 5/**Maintien** : le patient maintient son changement et trouve une confiance en lui dans cette possibilité. 6/ **Rechute** : le patient abandonne le changement réalisé, mais peut recommencer le cycle.

ANNONCE D'UNE MAUVAISE NOUVELLE EN SANTÉ

= Nouvelle qui change **radicalement** et **négativement** l'idée que se fait le patient de son être et de son avenir : *maladie grave potentiellement létale à court/moyen terme, maladie dégénérative évolutive et handicapante, rechute ou récidive d'une maladie en rémission, échec d'un traitement, effet indésirable grave d'un ttt, erreur médicale, évolution d'une prise en charge curative vers une prise en charge palliative.*
- Annoncer = « **faire savoir** » = **cheminer avec** le patient pour l'aider à adopter une attitude face à cet évènement.
- **Effet traumatique** de l'annonce = démarche **progressive** qui nécessite du **temps**, être à l'écoute, attentif aux mots choisis. **Plusieurs consultations** souvent nécessaires. Processus développé dans la durée et intégré à une **prise en charge globale.**

3 ETAPES	- **Avant la rencontre** = le médecin fait le point sur sa propre représentation du diagnostic, les informations certaines et incertaines dont il dispose et sur les différents projets thérapeutiques à envisager. - **Pendant la rencontre** = le médecin **adapte l'information** aux représentations, attentes, vécus et besoins psychologiques et sociaux du patient. - **Après la rencontre** = le médecin fait le point sur le déroulé de l'annonce et la préparation des prochaines étapes.

<table>
<tr><td rowspan="2">MODALITES</td><td colspan="2">- Multidisciplinaire : médecins, infirmiers, psychologues, assistantes sociales.
- Conditions nécessaires : prendre le temps, pièce confortable, au calme, sans être dérangé, à un moment propice, seul avec le patient (et la personne de confiance le cas échéant) ; jamais d'annonce au téléphone.
- Respect des droits du malade et des principes de la loi du 4 mars 2002.
- Respect de la volonté du patient s'il ne veut pas être informé du diagnostic.
- Information de la famille après accord du malade uniquement.
- Créer un climat adapté : attitude disponible, communication verbale et non verbale, attitude d'écoute active en demandant ce que le malade a compris et ce qu'il veut savoir, respect des silences, ne pas interrompre le patient, reformuler les propos et encourager à s'exprimer davantage…
- Annonce proprement dite : s'appuyant sur ce que le malade sait déjà, avec un vocabulaire approprié, simple, sans jargon ni euphémismes, adapté au rythme du patient, en répondant à ses attentes, et en offrant la possibilité d'échanger sur le pronostic selon les besoins du patient.
- Partage du projet de prise en charge et plan de soins : informations sur les investigations, possibilités thérapeutiques disponibles et alternatives envisageables, soins de support, bénéfices prévisibles, inconvénients et pronostic… Proposer aux patients qui le souhaitent d'être associés à la décision, ne pas réassurer abusivement, mais laisser place à un espoir.
- Terminer l'entretien : place pour les émotions, manifester son empathie et laisser un espace pour les questions du patient. Résumer le contenu de l'entrevue, reformuler les grandes lignes du plan de soins et notamment à court terme, rappeler la possibilité d'un nouvel entretien à brève échéance et les ressources disponibles (psychologue, assistant de service social, etc.)
- Proposer un suivi et une prochaine date de rencontre : délivrance de l'information progressive.
- Partager avec le médecin traitant les orientations et contenus de l'annonce.</td></tr>
<tr><td>Cas particulier : Annonce d'un dommage lié aux soins</td><td>Tenir compte des points clés suivants :
- Communiquer sur des faits connus et sûrs.
- Reconnaître le dommage : ne pas le nier ni culpabiliser le patient.
- Exprimer des regrets voire des excuses : en cas d'erreur avérée = regrets + excuses ; ne pas blâmer soi-même ou un tiers ; ne pas signifier d'une responsabilité médico-légale.
- Répondre aux besoins du patient : informer sur la suite et poursuite des soins, sur les mesures prises pour éviter la récidive.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">MECANISMES DE DEFENSE</td><td>Du patient</td><td>- Mouvements psychiques importants, traumatisme confrontant le patient à la perspective de sa propre mort, générant des réactions émotionnelles profondes (parfois syndrome de détresse émotionnelle) et suscitant un sentiment d'insécurité, perte de contrôle et impuissance (possible sidération et syndrome post-traumatique).
- Situation de stress face à laquelle le patient met en œuvre des mécanismes inconscients de défense : évoluent dans le temps, de façon non-linéaire ; sont à respecter et à prendre en compte ; peuvent être source de malentendus et d'incompréhension.
- Mécanismes personnels, dépendant des ressources intrinsèques et extrinsèques du patient.
- 5 étapes du deuil (Elizabeth Kübler-Ross)//acceptation mauvaise nouvelle en santé :
• Déni : refuser d'y croire.
• Colère : envers l'entourage et les soignants, liée à l'angoisse et au sentiment d'injustice.
• Négociation : du fait du sentiment d'impuissance, tentative pour reprendre le contrôle de la situation.
• Dépression : sentiment de perte du projet de vie antérieure vécu de façon douloureuse, « amputation » de soi.
• Acceptation : reconstruction de l'identité/du projet, en tenant compte de la mauvaise nouvelle.
- Il existe d'autres schémas d'adaptation, mais inadéquats :
• Isolation : intellectualisation de la maladie pour s'en distancier.
• Déplacement : focalisation sur des soucis plus supportables, parfois mineurs.
• Révolte, refus, projection agressive envers les équipes soignantes.
• Projection : projeter inconsciemment ses propres sentiments en les attribuant à autrui.
• Régression : dépendance disproportionnée à l'entourage, régression vers un stade de développement antérieur.
• Tristesse, culpabilité.
• Sublimation : mécanisme de défense positif, hyper-investissement dans un projet personnel souvent chargé symboliquement et mobilisant toute l'énergie.
• Maîtrise : attitudes obsessionnelles et fortes exigences pour tout contrôler.</td></tr>
<tr><td>Du soignant</td><td>Mouvements psychiques importants avec anxiété (possible état de stress), sentiment de mise en échec, perte de contrôle et culpabilité, émotions liées à une proximité affective avec le patient, identification au malade…
➝ Mécanismes de défense également :
- Mensonge : à prohiber.
- Identification projective : attribution au patient de ses propres représentations, sentiments, réactions, émotions, donnant l'illusion de savoir ce qui est bon pour lui.
- Rationalisation : médecin réfugié derrière un discours technoscientifique.
- Fausse réassurance : entraîne un espoir disproportionné du patient.
- Fuite en avant : informations délivrées à « marche forcée », surestimant les capacités du patient à les accueillir.
- Mécanismes d'adaptation positive (coping) : stratégies centrées sur l'annonce (préparation des conditions, contenu, déroulement, etc.), sur la relation avec le patient (empathie, mais distance professionnelle adaptée), sur la gestion de ses émotions par le médecin (identification, expression, régulation, réévaluation cognitive)…</td></tr>
</table>